

# REPORT OF MEDICAL EXAMINATION

1. LAST NAME—FIRST NAME—MIDDLE NAME <b>GARCIA, CRISPIN LUCIO</b>			2. GRADE AND COMPONENT OR POSITION		3. IDENTIFICATION NO.	
4. HOME ADDRESS (Number, street or RFD, city or town, zone and State)			5. PURPOSE OF EXAMINATION		6. DATE OF EXAMINATION <b>10 OCT 65</b> <b>REVIEW</b>	
7. SEX <b>M</b>	8. RACE <b>W</b>	9. TOTAL YEARS GOVERNMENT SERVICE MILITARY _____ CIVILIAN _____		10. AGENCY	11. ORGANIZATION UNIT	
12. DATE OF BIRTH <b>5-23-34</b>		13. PLACE OF BIRTH <b>CUBA</b>		14. NAME, RELATIONSHIP, AND ADDRESS OF NEXT OF KIN		
15. EXAMINING FACILITY OR EXAMINER, AND ADDRESS				16. OTHER INFORMATION		
17. RATING OR SPECIALTY				TIME IN THIS CAPACITY (Total) _____ LAST SIX MONTHS _____		

CLINICAL EVALUATION		
NORMAL	(Check each item in appropriate column; enter "NE" if not evaluated)	ABNORMAL
✓	18. HEAD, FACE, NECK AND SCALP	
✓	19. NOSE	
✓	20. SINUSES	
✓	21. MOUTH AND THROAT	
✓	22. EARS—GENERAL (Ind. & ext. canals) (Auditory acuity under items 70 and 71)	
✓	23. DRUMS (Perforation)	
✓	24. EYES—GENERAL (Visual acuity and refraction under items 38, 40 and 87)	
✓	25. OPHTHALMOSCOPIC	
✓	26. PUPILS (Equality and reaction)	
✓	27. OCULAR MOTILITY (Assess coordinated parallel movements, accommodation)	
✓	28. LUNGS AND CHEST (Include breasts)	
✓	29. HEART (Thrust, size, rhythm, sounds)	
✓	30. VASCULAR SYSTEM (Varicosities, etc.)	
✓	31. ABOOMEN AND VISCERA (Include hernia)	
✓	32. ANUS AND RECTUM (Hemorrhoids, fistulas) (Prostate, if indicated)	
✓	33. ENDOCRINE SYSTEM	
✓	34. G-U SYSTEM	
✓	35. UPPER EXTREMITIES (Strength, range of motion)	
✓	36. FEET	
✓	37. LOWER EXTREMITIES (Strength feet) (Strength, range of motion)	
✓	38. SPINE, OTHER MUSCULOSKELETAL	
✓	39. IDENTIFYING BODY MARKS, SCARS, TATTOOS	
✓	40. SKIN, LYMPHATICS	
✓	41. NEUROLOGIC (Equilibrium tests under item 78)	
✓	42. PSYCHIATRIC (Specify and personality deviation)	
	43. PELVIC (Females only) (Check how done)	
	<input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL	

NOTES. (Describe every abnormality in detail. Enter pertinent item number before each comment. Continue in item 73 and use additional sheets if necessary)

[illegible]

REMARKS AND ADDITIONAL DENTAL DEFECTS AND DISEASES

h me

45. URINALYSIS: A. SPECIFIC GRAVITY		LABORATORY FINDINGS	
B. ALBUMIN	0.016	46. CHEST X-RAY (Place, date, film number and result)	
C. SUGAR	D. MICROSCOPIC	2.8 2.8 2.8 2.8 2.8	
47. SEROLOGY (Specify test used and result)	48. EKG	49. BLOOD TYPE AND RH FACTOR	
7:29 VDRL	7:29	50. OTHER TESTS	
30 Oct 40		Act 48%	

**BEST COPY AVAILABLE**

Approved for Release  
Date \_\_\_\_\_

1937

(55) ~~AA-1~~

MEASUREMENTS AND OTHER FINDINGS															
51. HEIGHT 5' 6"		52. WEIGHT 141		53. COLOR HAIR Blue		54. COLOR EYES Brown			55. BUILD: <input type="checkbox"/> SLENDER <input checked="" type="checkbox"/> MEDIUM <input type="checkbox"/> HEAVY <input type="checkbox"/> OBESE		56. TEMPERATURE 98.6				
57. BLOOD PRESSURE (Arm at heart level)						PULSE (Arm at heart level)									
A. SITTING SYS. 115 DIA. 70		B. RECU- BENT SYS. 115 DIA. 70		C. STANDING (3 min.) SYS. 115 DIA. 70		58. A. SITTING 90		B. AFTER EXERCISE 108		C. 2 MIN. AFTER 72		D. RECUMBENT 72			
59. DISTANT VISION RIGHT 20/20 CORR. TO 20/20 BY LEFT 20/20 CORR. TO 20/20 BY						60. REFRACTION S. OX C. OX		61. NEAR VISION CORR. TO BY		62. AFTER STANDING 3 MIN 72					
63. METEOROPHORIA (Specify distance) ES° EX° R. H. L. H. PRISM DIV. PRISM CONV. CT PC PD															
64. ACCOMMODATION RIGHT Normal 65. FIELD OF VISION						66. COLOR VISION (Test used and result) Normal				67. DEPTH PERCEPTION (Test used and score)		68. UNCORRECTED CORRECTED			
69. HEARING RIGHT WY 15/15 SV 15/15 LEFT WY 15/15 SV 15/15						70. NIGHT VISION (Test used and score) Normal - Astigmat						71. RED LENS TEST		72. INTRAOCULAR TENSION Normal	
73. HEARING RIGHT WY 15/15 SV 15/15 LEFT WY 15/15 SV 15/15						74. AUDIOMETER 150 300 1000 2000 3000 4000 6000 8000 Hz Hz Hz Hz Hz Hz Hz Hz						75. PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOMOTOR (Test used and score)			
76. NOTES (Continued) AND SIGNIFICANT OR INTERVAL HISTORY															

74. SUMMARY OF DEFECTS AND DIAGNOSES (List diagnoses with item number(s))

73. RECOMMENDATIONS—FURTHER SPECIALIST EXAMINATIONS INDICATED (Specify)

7. EXAMINEE (Check)

A. ☒ IS QUALIFIED FOR  
B. ☐ IS NOT QUALIFIED FOR

78. IF NOT QUALIFIED, LIST DISQUALIFYING DEFECTS BY ITEM NUMBER

79. TYPED OR PRINTED NAME OF PHYSICIAN

80. TYPED OR PRINTED NAME OF PHYSICIAN

11. TYPED OR PRINTED NAME OF DENTIST OR PHYSICIAN (Indicate which)

12. TYPED OR PRINTED NAME OF REVIEWING OFFICER OR APPROVING AUTHORITY

76.	A. PHYSICAL PROFILE
-----	---------------------

P	U	L	H.	E	S

## B. PHYSICAL CATEGORY

A	B	C	E

SIGNATURE

SIGNATURE

SIGNATURE

SIGNATURE

NUMBER OF AT-  
TACHED SHEETS



5. (continúa)

Sí	No	(Conteste en todos los casos)	Par.
	X	Afecciones de la piel	
	X	Afecciones de la garganta	
		Reumatismo (artritis)	Padre
	X	Asma, fiebre de heno, urticaria	
	X	Epilepsia (ataques)	
	X	Muerte por suicidio	
	X	Demencia	

¿Ha padecido o padece usted alguna de las siguientes causas? Marque con X en la columna "Sí" o "No," a la izquierda.

Sí	No	(Conteste en todos los casos)	Sí	No	(Conteste en todos los casos)
	X	Escarlatina, erisipela		X	Sinusitis
	X	Difteria		X	Fiebre de heno
	X	Fiebre reumática		X	Bocio
	X	Coyunturas hinchadas o adoloridas		X	Tuberculosis
	X	Parotiditis contagiosa		X	Sudores excesivos (Sudores nocturnos)
	X	Tos ferina		X	Asma
	X	Dolor de cabeza frecuente o fuerte		X	Falta de respiración
	X	Vértigo o síncope		X	Dolor o presión en el pecho
	X	Afecciones de los ojos		X	Tos crónica
	X	Afecciones de nariz, oído o garganta		X	Palpitación del corazón
	X	Supuración de los oídos		X	Presión sanguínea alta o baja
	X	Catarro crónico o frecuente		X	Calambre de las piernas
	X	Afecciones severas de la dentadura o las encías		X	Indigestión frecuente



7. (continuación)

Si	No				(Conte... todo)
		Afecciones de los brazos			Parálisis de brazos, piernas, etc.
	X	Cálculo biliar o afecciones de la vesícula		X	Hombro o codo adolorido o dislocable
	X	Ictericia		X	Brazos dislocables o tiesos
	X	Reacción a sueros, drogas o medicamentos		X	Afecciones de los pies
	X	Tumor, quiste o cáncer		X	Neuritis
	X	Hernia		X	Parálisis (incluso infantil)
	X	Apendicitis		X	Epilepsia o ataques
	X	Hemorroides o afecciones del recto		X	Mareo en coche, tren, vapor o avión
	X	Micción frecuente o dolorosa		X	Pérdida frecuente de sueño
	X	Cálculo renal u orina sanguinolenta		X	Pesadillas frecuentes o espantosas
	X	Ardor o albúmina en la orina		X	Depresión o excesiva ansiedad
	X	Diviesos		X	Pérdida de la memoria, amnesia
	X	Enfermedades venéreas		X	Orinar en la cama
	X	Aumento o pérdida reciente de peso		X	Cualquier afección nerviosa
	X	Artritis o reumatismo		X	Adicción cualquiera a drogas o narcóticos
	X	Deformidad ósea o de las coyunturas		X	Estrididad
	X	Cojera		X	Tendencia homosexual

8. Marque "Si" o "No" si alguna vez ha hecho o le ha sucedido lo siguiente:

Si	No		Si	No	
		Usado anteojos (gafas)			Tratado de suicidarse
		Usado un ojo postizo			Sido sorábulo
		Usado un acústico (para sordera)			Vivido con un tuberculoso
		Tartamudeado			Escupido sangre
		Usado un soporte para la espalda			Sangrado en exceso por herida o extracción

9. ¿Cuántos empleos ha tenido en los últimos tres años?

20. ¿Cuál ha sido el trabajo que ha desempeñado en el Ejército?  
Piloto

12. ¿Es usted derecho?

Si No

13. Marque "Si" o "No" en cada caso a continuación. Si contesta "Si" explique con detalles en el espacio a la derecha.

Si No

		14. ¿Ha tenido que dejar algún empleo por
	X	a. ser sensible a agentes químicos, polvo, sol, etc.?
	X	b. no poder hacer ciertos movimientos?
	X	c. no poder asumir ciertas posiciones?
	X	d. otras razones médicas? En tal caso, dígalas.
	X	15. ¿Ha trabajado con sustancias radiactivas?
	X	16. ¿Tuvo dificultades con sus estudios o profesores? Explique.
	X	17. ¿Le ha sido negado empleo por motivos de salud? Explique.
	X	18. ¿Le ha sido rehusado seguro de vida? En tal caso dé los motivos y explique.
	X	19. ¿Ha tenido o le han aconsejado operación quirúrgica? En tal caso, diga causa y a qué edad.
	X	20. ¿Ha estado internado voluntaria o involuntariamente en un manicomio u hospital mental? Si lo ha estado, diga dónde, cuándo, por qué, nombre del médico y dirección completa del hospital o clínica.
	X	21. ¿Ha tenido enfermedades o heridas aparte de las ya dichas? En tal caso, diga dónde, cuándo y explique.